

NŐVÉR

AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA

A Magyar Ápolástudományi Társaság szakmai együttműködésével

2009. április, 22. évfolyam 2. szám

TARTALOMJEGYZÉK

EREDETI KÖZLEMÉNY

Az ápolóhallgatók empátia és asszertivitás szintjének jellemzői

Erdősi Erika, Tulkán Ibolya, Papp László, Nagy Erika, Helembai Kornélia, CSc. PH.D. 3

„Hogyan élnek ők” – A sztómával élő betegek rehabilitációja

Szabó Mária, Raskovicsné Csernus Mariann, Deák Gyuláné 13

A betegklubok hatása az osteoporosisban szenvedő betegek életmódjára és ismereteire

Szabó Jánosné 22

MAGYAR ÁPOLÁSTUDOMÁNYI TÁRSASÁG ROVATA

A kórházi ágyszámok alakulása Magyarországon 1990–2008. között

Dr. Vas Gábor, Dr. Kóti Csaba, Imhof Gábor, Dr. Ágoston István, Dr. Vas Bálint,
Dr. Betlehem József, Kresák Gergely, Dr. Boncz Imre 31

KITEKINTÉS

Apró érdekességek a mikrobiológia világából

Németh Krisztina 38

KÜLDETÉSI NYILATKOZAT

A NŐVÉR folyóirat az ápolás független orgánuma. Célja az, hogy tudományos igényvel készített írások megjelentetésével az elméleti ismeretek átadása mellett a szakemberek gyakorlati tevékenységét is elősegítse. A NŐVÉR a folyamatos önképzés támogatásával hozzá kíván járulni a helyes és hatékony betegellátáshoz, valamint a XXI. század kihívásainak és követelményeinek megfelelni képes ápolók képzéséhez, továbbképzéséhez.

A Nővérben megjelent eredeti közleményeket a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Doktori Programja elismeri és beszámítja, a CINAHL nemzetközi ápolási adatbázis referálja.

Kiadja: a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara – MESZK. **Felelős kiadó:** Dr. Balogh Zoltán Ph.D. **Terjeszti:** MESZK 1082 Budapest, Üllői út 82/E (1450 Budapest, Pf. 214.) Telefon: 323-2070 Fax: 323-2079. **Borítótér, műszaki szerkesztés, nyomdai munka:** Komáromi Nyomda és Kiadó Kft. ISSN szám: 0864-7003

A folyóirat alapítója és 19 évig (2006. december 31.) kiadója az Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet, melynek jogelődje az Országos Egészségügyi (Orvostudományi) Információs Intézet és Könyvtár.

NŐVÉR

A HUNGARIAN JOURNAL OF NURSING THEORY AND PRACTICE

With the cooperation of the Hungarian Scientific Society of Nursing

Vol. 22. No.2. April 2009

CONTENTS

ORIGINAL CONTRIBUTION

- Defining levels of empathy and assertiveness among nursing students
Erdősi, E., Tulkán, I., Papp, L., Nagy, E., Helembai, K. 3

- "How they live" — The rehabilitation of patients living with stomas
Szabó, M., Raskovicsné Csernus, M., Deák, Gy. 13

- The impact of patients' clubs on the lifestyle and awareness of osteoporosis sufferers
Szabó, J. 22

COLUMN OF HUNGARIAN SCIENTIFIC SOCIETY OF NURSING

- Hospital bed numbers in Hungary between 1990 and 2008
Vas, G., Kóti, Cs., Imhof, G., Ágoston, I., Vas, B., Betlehem, J., Kresák, G., Boncz, I. 31

OUTLOOK

- Tiny marvels from the world of microbiology
Németh, K. 38

Főszerkesztő/Editor-in-Chief

Baukó Mária

Szerkesztő/Editor

Kujalek Éva

Szerkesztőbizottság/Editorial Board

Dr. Betlehem József

egyetemi docens, dékán-helyettes

Kárpáti Zoltán

ápolási menedzser

Dr. Oláh András

egyetemi docens, tanszékvezető

Szloboda Imréné

ápolási igazgató

Tóth Ibolya

szakmai vezető főtanácsos

Dr. Zékányné Rimár Ilona

ápolási igazgató

Nővér – A Hungarian Journal of Nursing Theory and Practice. Editor-in-Chief: Mária Baukó. Editor: Éva Kujalek. Published six times annually by the Council of the Hungarian Health Care Professionals in Hungarian with English summaries. This Journal is peer-reviewed and indexed in Cumulative Index of Nursing & Allied Health CINAHL. Editorial office: POB 214., H-1450 Budapest, Hungary. Advertisements and subscription: Council of the Hungarian Health Care Professional – Attn. Mónika Horváth. Phone/Fax (36-1) 323-2070

Tanácsadó testület/Advisory Board

Dr. Baráthné Kerekes Ágnes, *oktatási menedzser*

Markusovszky Kórház, Szombathely

Boldogné Csuri Magdolna, *osztályvezető*

Országos Tisztiorvosi Hivatal, Ápolási Szakfelügyeleti Osztály, Budapest

Dr. Helembai Kornélia, *tanszékvezető főiskolai tanár*

SZTE Főiskolai Kar Ápolási Tanszék, Szeged

Dr. Kiss István, *leendő elnök*

Magyar Orvostársaságok és Egyesületek Szövetsége, Budapest

Prof. Dr. Kovács L. Gábor, *egyetemi tanár, intézetigazgató, az MTA levelező tagja*PTE Orvostudományi és Egészségtudományi Koordinációs Központ
Laboratóriumi Medicina Intézet, PécsDr. Körösi László, *főosztályvezető helyettes*

Országos Egészségbiztosítási Pénztár, Finanszírozási Főosztály, Budapest

Dr. Rácz Jenő, *elnök*

Magyar Egészségügyi Menedzser Klub, Budapest

Somogyvári Zoltánné

Egészségbiztosítási Felügyelet, Budapest

Sövényi Ferencné, *szaktanácsadó*Vízvári László *főigazgató*

Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet, Budapest

Lapunkat rendszeresen szemlézi Magyarország legnagyobb médiafigyelője az



1084 Budapest, Auróra u. 11.
 Tel.: 303-4738, Fax: 303-4744
 E-mail: marketing@observer.hu
<http://observer.hu>

Az ápolóhallgatók empátia és asszertivitás szintjének jellemzői

Erdősi Erika

főiskolai docens,

Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar, Ápolási Tanszék

Tulkán Ibolya

főiskolai docens,

Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar, Ápolási Tanszék

Papp László

adjunktus,

Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar, Ápolási Tanszék

Nagy Erika

tanársegéd,

Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar, Ápolási Tanszék

Helembai Kornélia CSc., Ph.D.

tanszékvezető főiskolai tanár,

Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar, Ápolási Tanszék

Összefoglaló

A vizsgálat célja: meghatározni az ápolóhallgatók körében az empátia, a szociális intelligencia mértékét, jellemzőit az asszertivitás függvényében.

Vizsgálati módszerek és minta: empátia kérdőív; Szociális Intelligencia Teszt I.; Rathus-teszt. A szerzők kutatásukat a Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Karán végezték nappali (N=84 fő) és levelező (N=266 fő) tagozatos ápolóhallgatók körében. A kutatásban összesen 350 fő vett részt.

Eredmények: a vizsgált minta átlag feletti empátiaszinttel rendelkezik, ugyanakkor azokban az esetekben, amelyek fokozottan próbára teszik az egyén beleérző képességét, az empátia szintjének csökkenése figyelhető meg. A viselkedési implikációk felismerése a minta 71,6%-nak jelent az átlagosnál nagyobb nehézséget. A faktorok közötti összefüggések vizsgálata arra mutat rá, hogy a nonasszertív magatartás egyik alapvető oka az a tény, miszerint az ápolóhallgatók jelentős hányada nem képes az empátiára épülő „other-centered” attitűd (kliensközpontú beállítódás) és a saját érdek képviselésének következetes összeegyeztetésére.

Következtetések: a társas hatékonyság szempontjából az empátia centrális tényezőnek bizonyult, ezért fogalmi tisztázására, fejlesztésére különös figyelmet kell fordítani a képzés során.

A probléma ismertetése

A változó világ hatása érinti az egészségügyi ellátórendszer egészét, így az ápolás területét is. Mindennapi elvárás a költség-hatékony, minőségi szolgáltatás, az ápolási idő lerövidítése, és mindez többnyire az eddigiekhez képest alacsonyabb ápolói létszám igénybe vétele mellett.

Az elvárásokat több szempontból is nehéz teljesíteni. Ennek egyik oka az, hogy a mélyen gyökerező szakmai hagyományok miatt az ápolók sok esetben még mindig félreértelmezik feladatukat. A problémák megoldása során olyan feladatokat vállalnak magukra, amelyek az altruizmus kategóriájába tartoznak. Teljesen átvehetik a betegség leküzdése iránti felelősséget, a gyógyulni akarást akkor is, amikor a

beteg számára adott a közreműködés lehetősége.

Az altruista élménymód azonban nem lehet folytonos. Az emberi pszichés teljesítő-képesség legmagasabb funkcióiról van szó, amelynek senki sincs állandóan a birtokában, és amellyel lehet élni, azonban visszaélni nem tanácsos vele, mert ezen nemes emberi erőforrás kapacitása rendkívül sérülékeny, könnyen kimerülhet, és ez akár a kiegész állapotához is vezethet.

Ez a viszonyulás messze meghaladja az empátikus magatartás határait, ráadásul szakmailag is erősen megkérdőjelezhető. Az ilyen magatartás, bár jó szándékú, de szakmailag nem kedvező. Elmarad a beteg/kliens bevonása, és ez akadályozza a beteget az autonómia visszaszerzésének folyamatában, vagy még rosszabb esetben kialakítja, és/vagy konzerválja a függőség állapotát.

A szolgáltatás igénybe vevőit ezért ugyancsak érinti a változás, mivel az egészségügyi ellátó rendszer partnerséget vár el a betegektől és a hozzátartozóktól, amely a tudatos betegségi létezés és problémamegoldás nélkül nem valósulhat meg.

Az ápolásban a legfőbb cél a beteg erőforrásainak mozgósítása, amelynek segítségével a beteg/kliens legyőzheti a nehézségeket. Az ápolónak, mint kulcsfigurának szerepe a segítséget kérők támogatása „feladatuk” megoldásában, amelyhez szükséges a betegek és kliensek szükségleteinek és igényeinek a pontos ismerete.

Az ápolás alapvető követelménye a foglalkozás betöltőjének önmagához, valamint a másokhoz való viszonyulásának tudatos és felelősségteljes irányítása. Ez megköveteli a szükséges potenciálok, így az empátia pontos ismeretét és alkalmazását is, amelyek nélkül a szakmailag kíváncsi támogató kapcsolatok kialakítása és megvalósítása nem lehetséges (Helembai, 1989).

Elméleti háttér

Amikor segítünk valakinek, akkor a segítő szerepét töltjük be. Segíthetünk önzetlenül, vagyis nem szabunk feltételt, és hiszen sem származik belőle a segítő részére. A jelenséget altruizmusnak nevezzük,

amely a hétköznapi életben meglehetősen ritka jelenség.

Az ápolás, mint foglalkozás megfontolást érdemel az altruizmus szempontjából. Megállapítható, hogy a foglalkozás betöltője a munka ellenértékeként -ha sokszor vitatott mértékben is- fizetésben részesül. Súlyos létszáhiány mellett, túlterhelt körülmények között is vállalhatja valaki a munkát, hogy státusát megtarthassa, vagy kivívja a munkatársainak, vezetőinek elismerését.

Az ápolási tevékenység elemei és a végrehajtás módja normatív módon szabályozott. A tevékenységek előírásoknak megfelelő megvalósítása és az interperszonális követelmények teljesítése ellenőrizhető, a mulasztások szankcionálhatók. Az ápolás tehát ebből a megközelítésből nem tekinthető altruista foglalkozásnak. Az altruista viselkedés, az önzetlen magatartás olyan pozitív társas viselkedés, amely szándéka szerint egy másik ember javát szolgálja, és amelyet a cselekvő annak ellenére hajt végre, hogy tehetne másképpen is. A segítő saját szempontjait, folyamatban lévő terveit, személyes érdekét, bizonyos esetekben még a testi épségét is kockáztatva fordul a segítséget kérő felé (az ápolásban ilyen helyzetek ritkán adódnak, de tűzvész, katasztrófák áldozatainak mentése és hasonló extrém alkalmak során ez előfordulhat). A „saját én” szolgálata helyett a segítséget kérő szolgálatába áll, és megküzdési stratégiáit mások számára ajánlja. Ebből a megközelítésből az ápolás altruista vonása elismerhető. Az altruizmus nem más, mint az empátia interperszonális kimenetele, de nem azonos vele.

A társas viselkedésben igen lényeges az emberi dolgok iránti érdeklődés és az önzetlen odafordulás, amely mindenekelőtt a kommunikációk iránti nyitottságot, és egyúttal őszinteséget, valamint kongruenciát követel a viselkedésben.

A szakmai eredményesség mindig a munkát végző ember teljesítménye, aki adottságai, képességei alapján a gyakorlatban alakítja ki a foglalkozás követelményeit, és alkalmazkodik is azokhoz. Így a szociális kompetenciának integráns része a szakmai kompetencia, amelynek megalapozása és kialakítása döntő mértékben a szakmai képzés feladata.

A szakmai kompetenciát nem elég csak az objektív tudás oldaláról megközelíteni, hanem az interperszonális kapcsolatokról szóló tudás területét is fel kell tárni (Helembai, 1999). Az empátia ugyanis a szakmai - interperszonális kompetencia egyik központi eleme, része a foglalkozás számon kérhető, bár nagyon nehezen mérhető elemeinek.

Az empátia területének kutatói egyetértenek abban, hogy az empátia olyan képességünk, amely lehetővé teszi azt, hogy mások tapasztalataiba, érzéseibe beleéljük magunkat — tudva azt, hogy azok mások érzései és tapasztalatai — anélkül, hogy „elveszítenénk önmagunkat” a folyamat során. Kedvezőtlen hatást gyakorolhat az empátiás készség alakulására a félelem, a szorongás és valamennyi testi diszkomfort érzettel járó állapot.

Az empátia tág értelmezése az úgynevezett primér empátia fogalmával írható le. A másik ember megfigyelése alapján a megfigyelő visszajelzi a másik érzéseit anélkül, hogy azokat a saját érzéseivel, gondolataival összekeverné.

A pontos empátia, vagy szakszerű empátia a másik ember közvetlenebb befolyásolását jelenti, amelynek elsajátítása szisztematikus felkészülés alapján lehetséges.

Az empátia során tehát a mások által kibocsátott érzelmi jelzéseket felfogjuk és feldolgozzuk. Empátiává akkor válik, ha a kognitív feldolgozás eredményeként a másik ember rejtett jelzéseit és a megértett összefüggéseket saját magunk számára megnevezzük és értelmezzük. Ennek alapján az empátia a másik emberre irányuló tudatos figyelmet, szándékos odafordulást és értelmi feldolgozást kíván. Az ilyen alapokon megjelenő viszonyulást nevezhetjük empatikus magatartásnak.

Az empátiát gyakran helytelenül értelmezik. Nem empátiáról van szó akkor, ha a tapasztalataink alapján előre következtünk a mások viselkedésére, vagy érzelmeire. Mivel a saját kommunikációs üzenetek viszontreakciókat indukálnak, így könnyen vezethetnek önbeteljesítő jóslatokként- „jó emberismerethez”.

Az empátiát gyakran a szimpátia jelenőségével azonosítják. Ha valamilyen hasonló

élményben volt már része valakinek, akkor könnyebben átérezheti a másik helyzetét. Nem szabad elfelejteni, hogy ebben az esetben az egyén a saját maga érzelmeire fókuszál, amelyeknek ilyen módon nem sok köze van a másik által kibocsátott érzelmi jelzésekhez.

Nem empátia az érzelmek spontán átragadása, mint ahogyan a különböző érintkezési jelek alaposabb ismerete sem. (A siketnémák jelrendszere verbális közlésnek minősül!). Azok az emberek, akik foglalkozásuk közben tudatosan törekszenek a mások által nem tudatosan kibocsátott érzelmi jelzések felfogására, és annak alapján a viselkedésben is megjelenő válaszolásra, azok sokszor szándékosan utánoznak bizonyos megnyilvánulásokat a jelzések megértése, a pontos empátia elsajátítása érdekében. Az ápolás ezeknek a foglalkozásoknak a körébe tartozik.

Az empátia a társas kapcsolatokban alakul ki és fejlődik. Gyermekkorban az empátia kifejezett, serdülőkorban inkább háttérbe húzódik, majd az öregkorig fokozatosan csökken. A felnőttkor kedvez az empátia felébresztésének és fejlesztésének leginkább. A hivatás gyakorlása és a tudatos önalakítás ezt kedvezően és jelentősen módosíthatja.

Az empátia pszichológiai lényege tehát a „nem verbális kommunikáció és metakommunikáció felfogásának, tudatosításának és alkalmazásának képessége, amely a kognitív feldolgozás eredményeként *jelentősen csökkenti az emocionális feszültséget.*” (Buda, 1990).

Ennek alapján a szakmai magatartás rugalmas alakításának feltétele az empátia érvényesülése. Az interakciók egyik alapfeltétele - mint általában a világ dolgaiban való eligazodásnak - a helyes információfeldolgozás. Az interperszonális kapcsolatok rendszerében megjelenő feszültségek és azok emocionális színezete egyaránt befolyásolja a helyzetmegértést, mérlegelést és megoldást. Az információk helyes értelmezésének „tétje” igen nagy, mivel a kapcsolatok során sok esetben az információ feldolgozásának hibái vezetnek az interakciók zavarához, és egyben akadályozzák a megfelelő légkör kialakulását.

Kutatási témánk szempontjából fontosnak tartjuk a pozitív és a negatív asszerti-

vitás megkülönböztetését (Kern et al., 1985, Wildman, Clementz, 1986, Cook, Lawrence, 1990, Rakos, 1997, McCartan, Hargie, 2004). Véleményünk szerint a pozitív asszertivitás a másik, ún. szignifikáns személyre koncentráció („other-centered”) segítő magatartást jelent, amely magába foglalja a pozitív érzések kifejezését, a kapcsolatok létesítését és fenntartását, dicséret adását és elfogadását, valamint empátia közvetítését. Ezzel ellentétben a negatív asszertivitás esetében sokkal inkább egy én-központú („self-centered”) attitűd dominál, amely kevésbé kíváncsi és kompetens beállítódás. A *non asszertív magatartás* az erélytelen, illetve az agresszív megnyilvánulások képében jelenhet meg.

A „nem magabiztos magatartás” valamennyi változatának igen kedvezőtlen a prognózisa a betegvezetés szempontjából. A szerep betöltője a saját belső egyensúlyának megőrzésére törekszik, miközben emiatt a szereppartnerek üzeneteit nem képes felismerni, és azokat a válasz érdekében hasznosítani. A beteg/kliens elvárásai ennek nyomán elsikkadnak, a foglalkozás gyakorlója pedig a folyamatos én-védő mechanizmusok miatt kifárad (Smith, 1996).

A vizsgálat célja

Az elméleti felvetések alapján a kutatás célja volt feltárni az empátia érvényesüléséhez nélkülözhetetlen személyiségi vonatkozásokat, így az asszertivitás, információfeldolgozás, valamint a szociális intelligencia jellemzőit, továbbá meghatározni a vizsgált faktorok közötti összefüggéseket a fejlesztés érdekében.

Vizsgálati módszerek

Kutatásunk során olyan mérőeszközt kerestünk, amely a legmegbízhatóbban vizsgálja az asszertív készségeket. A társas hatékonyság mérésére számos kérdőív alkalmas, többek között az Asszertivitás-leltár (Alberti, Emmons) az Unsicherheit-kérdőív (R., R. Ulrich) és a Rathus-teszt. A kiválasztás során a Perczel és Tringer által elvégzett „Asszertivitást vizsgáló kérdőívek pszichometriai elem-

zése”-re támaszkodtunk. A szerzők a három kérdőív belső konzisztenciáját itemanalízissel vizsgálták, és ennek során arra a megállapításra jutottak, miszerint ugyan mind a három teszt igen erős belső konzisztenciával rendelkezik (erre utal a Cronbach-alfa mutató magas értéke), mégis a legcélravezetőbb a Rathus-teszt széles körű alkalmazása, mivel homogén, az asszertivitás szempontjából lényeges faktorokat tartalmazza, és egyben a legrövidebb a vizsgált módszerek közül. A szerzők megemlégették továbbá azt a tényről is, mely szerint a validitás-vizsgálat előzetes eredményei alapján megállapítható, hogy a Rathus-teszt tételei egyértelműen az asszertivitásra vonatkoznak, míg az Unsicherheit-kérdőív inkább valami más mér (pl. a bizonytalanságot). Mindezek alapján kutatásunk során a Rathus-teszt használata mellett döntöttünk. A teszt által mért faktorok a következők: Bizonytalanság, Önértékelési zavar; Fogyasztói helyzetekben megjelenő önérvényesítés; Nemet mondás; Személyes részvétel a kapcsolatban; Érzések kimutatása (Perczel, Tringer, 1995).

A személyközi társas események következményeinek előrelátása a szociális magatartás egyik fontos eleme, hiszen a pillanatnyi viselkedést a várható hatások figyelembe vételének segítségével, átgondolásával aktuálisan korrigálni tudjuk. A Sullivan — Guilford által összeállított „4 Faktoros Szociális Intelligencia Teszt” (SZIT) produkciófelülete igen komplex, kiterjed a viselkedési osztályok, a rendszerek, a transzformációk és implikációk azonosítására. A SZIT I. nonverbális teszt „Történetbefejezés” altesztje a viselkedési implikációk felismerését méri. A SZIT I. két részből áll: az első rész 14, a második pedig 15 képsort tartalmaz (O’Sullivan, Guilford, 1975). A vizsgált személynek mindkét feladatsorban a hívóképek alapján fel kell ismernie az ábrán szereplők által kifejezett érzelmeket, viselkedési szándékokat. A mellettük felkínált másik három képes alternatíva közül pedig minden esetben ki kell választania azt az egyet, amelyik megmutatja, hogy a példában szereplő viselkedés jegyei milyen következményes cselekvést valószínűsítenek.

Az empátia szintjének megállapítására a Deutsch-Madle (Deutsch, Madle, 1975) által

összeállított, majd hazai viszonyokra átdolgozott Empátia kérdőívet használtuk, amely 25 item segítségével vizsgálja a mások érzelmeire való reagálás képességét. Az egyes állítások elfogadása, vagy elutasítása az empátia működését, vagy hiányát mutatja (Szilágyi, 1985; Szilágyi, Molnár, 1982).

A vizsgált minta

Kutatásunkat a Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Karán végeztük harmadéves nappali (N=84 fő) és levelező (N=266 fő) tagozatos ápoló-hallgatók körében. A minta kiválasztásakor vezető szempontnak tekintettük azt, hogy a szakmai kompetencia témákra vonatkozó objektív ismeret-fedezete adott legyen, azaz a hallgatók rendelkezzenek tudással az empátiáról, asszertivitásról, valamint az ápoló beteg/kliens szereppartneri viszonyban betöltött szerepéről.

A „Tanácsadás az ápolásban” c. kurzus keretében elővizsgálatot végeztünk a 2004/2005. és a 2005/2006. tanévekben a hatékony betegvezetés szempontjából fontos személyiségjegyek feltárása érdekében. A pilot study eredményei igazolták a szociális intelligencia jelentőségét az empátiával összefüggésben, valamint felvetették az asszertív magatartás vizsgálatának szükségességét is. A tapasztalatok alapján a 2006/2007. és a 2007/2008. tanév harmadéves hallgatói esetében már a Rathus-teszt bevonásával bővítettük a vizsgálat produkciófelületét.

Az adatok kiértékelése az SPSS for Windows 13.0 programcsomag alkalmazásával történt. Az elemzés során leíró és matematikai statisztikai módszereket egyaránt használtunk. Az alapstatisztika az egyes mérőeszközök esetében a gyakorisági eloszlás, az átlagértékek és a szóródás megállapítására terjedt ki. Az Empátia kérdőív elemzése során faktoranalízist végeztünk, hogy feltérképezzük, az egyes állítások hogyan alkothatnak látens struktúrát, vagyis melyek az empátia lehetséges szubkomponensei. Korrelációs számítást végeztünk továbbá egyrészt az adott kutatási eszköz saját faktoriális közötti összefüggések feltárásához, valamint az egyes vizsgálati módszerek faktoriális között fennál-

ló kölcsönös összefüggések megállapítására. A tagozatok szerinti eltérések vizsgálatakor minden esetben a független két mintás t-próbát alkalmaztuk.

Eredmények

Az *asszertív készségek* vizsgálata kiemelkedő fontosságú, mivel az egyéni jogok, érdekek másokéval történő sikeres összeegyeztetése jelentősen befolyásolja a belső kiegyensúlyozottságot, amely szükséges önmagunk és környezetünk elfogadásához.

Az asszertivitás vizsgálatára alkalmazott Rathus-tesztben az elérhető pontszámok mértéke -90 és +90 között mozoghat. Minél magasabb értéket ér el valaki, annál nagyobb asszertivitással jellemezhető. Az öt faktor statisztikai jellemzésére az alapvető statisztikai mutatókat választottuk (**I. táblázat**).

I. táblázat: Az asszertivitás-faktorok jellemzői (N=185)

Faktorok	Átlag	Szórás	Minimum	Maximum
Bizonytalanság, önértékelési zavar	3,52	7,08	-12	19
Érzések kimutatása	0,41	3,5	-7	9
Fogyasztói helyzetben megjelenő önérvényesítés	-0,79	3,02	-6	6
Nemet mondanás	1,03	2,82	-6	8
Személyes részvétel a kapcsolatban	3,63	3,38	-8	9

A hallgatók a legmagasabb értéket a kapcsolatokban megjelenő Személyes részvétel faktor esetében érték el. Mintánkra jellemző a szereppartneri viszonyokban, interakciókban való részvételi hajlandóság, amelynek során a kapcsolatokban a közvetett helyett elsődlegesen a közvetlen részvétel lehetőségét preferálják, továbbá megjelenik a kapcsolatok létesítése iránti igény is. Ez kedvező konstellációnak tekinthető, mivel ezek a vonások nélkülözhetetlen feltételei az ápolás sikerességének, mivel azt részben az interakciók minősége határozza meg. Meg kell

azonban jegyeznünk, hogy bár természetesen fontos a kapcsolatok létesítésének az igénye, az asszertivitás tartalmi kereteit az ápolás során a betegvezetés adja. Az ápolási folyamatba integráltan ezért a kapcsolatteremtési készség mellett a kapcsolattartás jellemzői is meghatározó jelentőségűek.

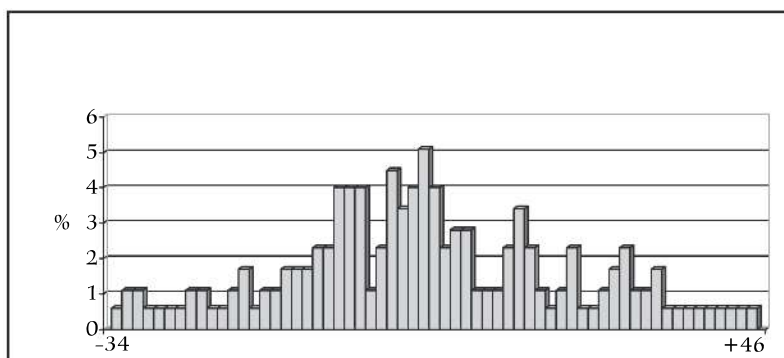
A legalacsonyabb átlagérték a „Fogyasztói helyzetekben” megjelenő önérvényesítés faktorhoz tartozik, amely azoknak a szituációknak a bizonytalan kezelését jelzi, melyekben az egyén érdekei mások által sérülnek.

Az öt faktort összevonva kaptunk egy Asszertivitás összpontszám skálát, ahol $M=7,95$ $SD=14,3$, a Minimális érték -34 , a Maximális pedig $+46$. A tesztben elérhető pontszámok két értékirány szerinti megoszlását az **1. ábra** szemlélteti.

nyítva - amelyek hasonló mutatókkal rendelkező minták társas hatékonyságának jellemzőit vizsgálták (Kilkus, 1993, Vestevig, Moss, 1976, Gerry, 1989, McCartan, Hargie, 1990) - megállapítható, hogy a mintánk átlagértéke alatta marad a más felmérésekben tapasztaltaknak, viszont a szórásérték alacsonyabb.

A tagozatok szerinti eltérések vizsgálatakor kizárólag az Érzések kimutatása faktor pontszámainak átlagában tapasztaltunk különbséget. A Független két mintás t-próba eredménye szerint ($t=2,599$ $p=0,01$) a nappali tagozatos hallgatók magasabb értékeket értek el ($M=1,34$ $SD=3,82$), mint a levelező tagozatos társaik ($M=-0,69$ $SD=2,79$). Ez arra enged következtetni, hogy a problémák, konfliktusok esetén nyíltabban vállal-

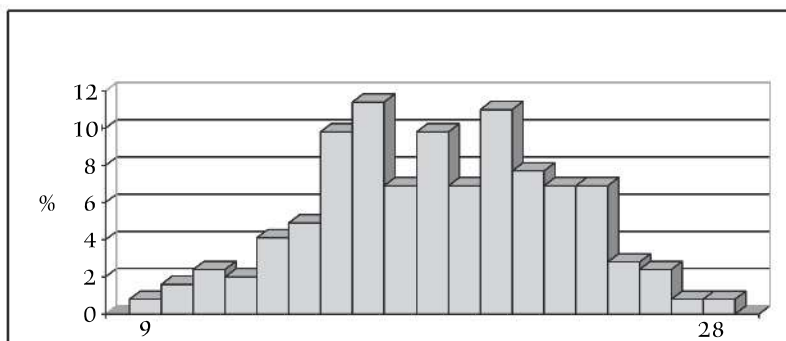
1. ábra: Asszertivitás összpontszám skála (N=185)



A skála összpontszám-eloszlása alapján azt a következtetést vonhatjuk le, hogy a minta döntő hányada az átlagérték közeli asszertivitás értékkel jellemezhető, és viszonylag kevesebb a két szélső értékhez közelítők százalékos aránya. Más kutatások eredményeihez viszo-

ják gondolataik, érzéseik kifejezését, mint a levelező tagozatos ápolók. Ez utóbbi csoport valószínűsíthetően több olyan élethelyzettel szembesült már, amelyekben a vélemény, érzelmek felvállalása hátrányt jelentett a számukra.

2. ábra: SZIT I. összpontszám megoszlása (N=350)



A viselkedés felismeréséhez szükséges pontos információ feldolgozás a *szociális intelligencia* olyan aspektusa, amely a szociális érzékenység és az empátia révén segíti az egyént abban, hogy mások jelzéseit olvasva következtetni tudjon a várható viselkedésre.

Az összpontszám 9-28 (a maximálisan elérhető pontszám 29 pont) között vett fel értékeket, $M=18,15$; $SD=3,82$. Esetünkben az átlagérték több, mint 3 ponttal elmaradt a tesztkönyvben megadott átlagtól ($M=21,37$), a szórásértékek viszont közel azonosak ($SD=3,85$) voltak (**2. ábra**).

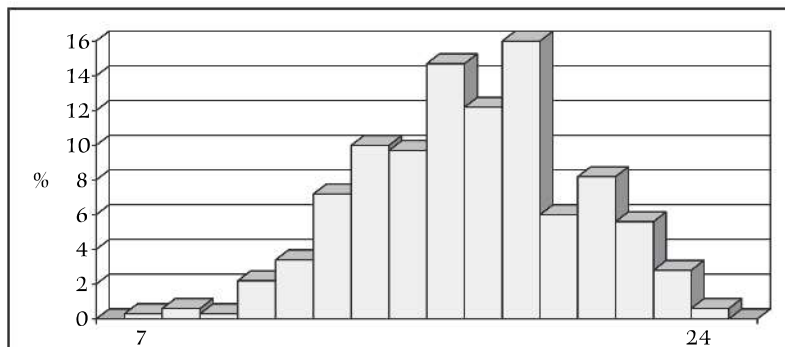
Az adatokat egybevetve a standard kategoriális megoszlással megállapíthatjuk, hogy eredményeink lényegesen kedvezőtelenebbnek bizonyultak, mivel az alacsonyabb teljesítményt jelentő kategóriákba százalékosan a minta nagyobb, míg a magasabb teljesítményt jelentő kategóriák esetében

A 29 itemet a helyes/helytelen válaszok arányának függvényében megvizsgálva a következő eredményt kaptuk: a helyes válaszok átlagosan 64,09%-ot érnek el, az 1. alskálán ez az arány 63,42%, a 2. alskálán pedig 64,77%.

Összefüggést találtunk a teszt első és második felében elért eredmények összehasonlítása alapján ($r=0,401$ $p<0,01$), valamint szignifikáns különbségek észlelhetők a két csoport átlagában tagozat szerinti bontásban is. A nappali tagozatos hallgatók szignifikánsan magasabb pontszámokat értek el a szociális intelligencia tesztben mindkét alskála vonatkozásában.

Az empátia kérdőív 25 item alapján határozza meg az *empátia mértékét*. A minta összesített pontszám szerinti megoszlását a **3. ábra** szemlélteti.

3. ábra: Empátiaskálán elért pontszámok megoszlása (N=350)



a kisebb hányada tartozik (**II. táblázat**). A minta döntő hányadának teljesítménye (55,8%) az átlagérték alatti kategóriába tartozik, vagyis a hallgatóink több mint kétharmadának okoz nehézséget a viselkedési implikációk felismerése.

II. táblázat: A SZIT I. eredményeinek kategóriánkénti megoszlása (N=350)

Kategória	Kategória határok	%	Standard érték %
1.	0-14	15,80	> 4,80
2.	15-20	55,80	> 24,00
3.	21-23	21,50	< 35,80
4.	24-26	5,30	< 25,37
5.	27-29	1,60	< 7,00

A skálán 7-24 pont közötti értékek jelentek meg. A legtöbben a 17-19 pont közötti tartományban helyezkednek el (a minta 42,9%-a), míg a minimum értékhez közeli tartomány (7-13 pont) csupán a minta 6,8%-át jelenti. Az átlagpontszámot – Szilágyi kutatási alapján – más karok eredményeivel összevetve azt állapíthatjuk meg, hogy az ápolók érték el a legmagasabb átlagértéket. A Mérnöki Karon $M=13,3$, a Pedagógusképző Karon $M=15$, a Mezőgazdasági Karon $M=16,9$ és az Általános Orvostudományi Kar esetében $M=17,2$ volt az érték (Szilágyi, 1985).

A főkomponens elemzés eredményeként az empátia szub-komponenseiként 10 faktort különíthettünk el. Mintánk a Mások érzelmeinek percepciója kapcsán érte el a legmagasabb százalékos értéket, továbbá a faktorok közül kiemelkedett még az Érzelmek

(passzív) befogadása, amely többnyire olyan szituációkra vonatkozik, amikor az egyén passzív szemlélődés közben átvesz, megél egy külső környezeti tényező által kiváltott hangulatot. A két legalacsonyabb pontszám olyan típusú szituációkban fordult elő, amelyek fokozottan próbára teszik az egyén beleérző képességét (szomorúság, önuralom, indulatosság, egoizmus). Hallgatónk körében ezekben az esetekben egyértelműen az empátia szintjének nagyfokú csökkenése volt megfigyelhető (**III. táblázat**).

III. táblázat: Az empátia mértékének faktoronkénti megoszlása (N=350)

1. faktor	Érzelmek (passzív) befogadása	90,77%
2. faktor	Körülvevő emberek hatása	52,87%
3. faktor	Erőteljes (negatív) impulzusok hatása	46,70%
4. faktor	Bosszantó tényezők	17,15%
5. faktor	Szociális érzékenység	76,95%
6. faktor	Érzelmi függetlenség	75,35%
7. faktor	Érzelmi befolyásolhatóság	72,46%
8. faktor	Társulási készség	85,10%
9. faktor	Mások érzelmeinek percepciója	93,90%
10. faktor	Másokkal szembeni érzelmek	79,40%

A tagozatok között statisztikailag szignifikáns eltérést nem találtunk ($t=-1,49$; $p>0,05$): a nappali tagozat átlagértéke $M=17,18$, a levelezőé pedig $M=17,72$.

Az alkalmazott vizsgálati eljárások lehetővé teszik további elemzések elvégzését is a faktorok egybevetésével az együttes hatás megismeréséhez.

Az empátia és a szociális intelligencia faktorainak összefüggése:

Mivel az empátia működésében az információ feldolgozás pontossága meghatározó, ezért megvizsgáltuk a két mérőeszköz közötti összefüggést. A skálák korreláció-elemzése negatív összefüggést tárt fel ($r=-0,18$; $p<0,05$). Mintánkban ez azt jelenti, hogy minél pontosabban olvassa valaki a szereppartnernek non-verbális jelzéseit, vagyis mi-

nél magasabb pontszámot ért el a szociális intelligencia tesztben, annál valószínűbb, hogy nagyobb számban találkozik olyan, számára negatív impulzusokkal, amelyeket nem tud megfelelően értelmezni (pl. bosszantó tényezők, agresszív megnyilvánulások) és ez az empátia szintjének csökkenését eredményezheti.

Az empátia és az asszertivitás faktorainak összefüggése:

Az empátia és az asszertivitás faktorainak elemzése alapján egyetlen faktornál találtunk összefüggést, a Nemet mondásnál ($r=-0,154$; $p<0,05$). A negatív korrelációs kapcsolat azt mutatja, hogy minél empátikusabb valaki, annál kevésbé tud „nem”-et mondani. A másik emberre irányuló tudatos figyelem, szándékos odafordulás megnehezíti a szereppartner kérésének elutasítását azokban a helyzetekben, amikor ezek vélt vagy valós módon a saját érdeket sértik.

Az asszertivitás és a szociális intelligencia összefüggése:

Az Asszertivitás kérdőív és a Szociális Intelligencia Teszt összevetése alapján megállapítható, hogy az asszertivitás faktorai közül a Fogyasztói helyzetekben megjelenő önérvényesítés mértéke hozható kapcsolatba a szociális intelligencia mértékével ($r=-0,244$; $p<0,05$). A negatív korreláció arra utal, hogy a saját érdek érvényesítése gátolja a másik fél érzéseinek értelmezését, a várható viselkedés előrejelzését.

Következtetések

Kutatásunk tapasztalatainak összegzéseként a társas hatékonyság és az empátia alakulása szempontjából kedvező és kedvezőtlen tényezőket állapíthatunk meg.

A szakmai magatartás és empátia fejlődése szempontjából kedvező a kapcsolatokban történő személyes részvétel preferenciája, valamint a jelenleg működő empátiás készség magas szintje a támogatást kérők irányába.

A kedvezőtlen tényezők csoportjába sorolhatjuk a viselkedési implikációk felismerésének alacsony szintjét, az önérvényesítés bizonytalanságát azokban a szituációkban,

amikor érdekütközésről, konfliktushelyzetről van szó, valamint az empátia jelentős mértékű csökkenését azokban a szituációkban, amelyekben az emberek „nem megfelelően” viselkednek, így agressziót tanúsítanak, vagy képtelenek mások szempontjainak figyelembe vételére.

Az eredmények alapján elmondható az is, hogy hallgatóink potenciálisan alkalmasak a szakmai szerep összetevőinek elsajátítására, amely folyamat még koránt sem zárult le a vizsgálat időszakában. A képzés során ezért kiemelt figyelmet kell fordítani mindennek előtt a hibásan értelmezett fogalmak (pl. empátia, asszertivitás), alapelvek tisztázására, továbbá a magatartásban megnyilvánuló bizonytalanságot okozó tényezők feltárására, és azok kezelésének gyakorlására.

Az ápolás olyan foglalkozás, ahol a szereplők csak egymás figyelembe vételével érhetnek el eredményeket, és kerülhetik el a személyiségüket veszélyeztető érzelmi kifáradást és iatrogeniákat. Ápolóként világosan látni kell, hogy az „other-centered” magatartás részeként az empátia alkalmazása a saját személyiség védelmét is szolgálja, mivel a mások nem tudatosan kibocsátott jelzéseinek pontos olvasásával csökken az érzelmi sodródás lehetősége, valamint az energia pazarló én-védelem szükségessége. Az ápoló - beteg/kliens szereppartneri viszony megfelelő kialakítása és eredményekhez vezető fenntartása a hivatás gyakorlásának felelőssége, a saját és a segítséget kérők közös érdekében.

Irodalomjegyzék

1. Buda B. (1980): Az empátia – beleélés lélektana
Gondolat Kiadó, Budapest, pp. 71-72; 82-85.
2. Cook, D.J., St. Lawrence, J.S. (1990): Variations in presentational format: effect on the interpersonal evaluations of assertive and unassertive behavior
Behavior Modification, 14, 21-36.
3. Deutsch, F., Madle, R.A. (1975): Az empátia történeti és jelenlegi konceptualizálása, mérése. Kognitív elméleti előretekin-tés
Human Development, 18, pp. 267-287.
4. Garry, E.M. (1989): An investigation into the assertive behavior of trained nurses in general hospital settings
Journal of Advanced Nursing, 14, 1002-1008.
5. Helembai K. (1987): Ápoláslélektan
Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest, pp. 70-72.
6. Helembai K. (1989): A szociális pályára készülő középiskolai tanulók identifikációs folyamatának elemzése. Kandidátusi értekezés. Kézirat.
Oktatáskutató Intézet, Budapest, pp. 50.
7. Helembai K. (1999): The Social-Interpersonal Competence. Handbook Resi-dential and Foster Care in Europe
Verlag Luchterhand, Kriftel, 164-178.
8. Kern, J.M., Cavell, T.A., Beck, B. (1985): Predicting differential reactions to males 'versus females' assertions, empathic-assertions, and nonassertions
Behavior Therapy, 16, 63-75.
9. Kilkus, S.P. (1993): Assertiveness among professional nurses
Journal of Advanced Nurses, 18, 1324-1330.
10. McCartan, P.J., Hargie, O.D.W. (2004): Assertiveness and caring: are they compatible?
Journal of Clinical Nursing, 13, 707-713.
11. O'Sullivan, M., Guilford, J.P. (1975): Six factors of behavioral cognition: Understanding other people
Journal of Educational Measurement, 12, 255-271.
12. Perczel D., Tringer L. (1995): Asszertivitást vizsgáló kérdőívek pszichometriai elemzése
Psychiatria Hungarica, X. évf. 3, 251-267.
13. Rakos, R. (1997): Asserting and confronting. In: The Handbook of Communication Skills (2nd ed.) London, Routledge, 289-319.

14. Smith, S. (1996): Kommunikáció az ápolásban
Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest, pp. 18-32.
15. Szilágyi K., Molnár P. (1982): Standard-gyűjtemény
OPI, Budapest
16. Szilágyi K. (1985): Kísérlet a szociális érettség vizsgálatára a felsőoktatásban
Pályaválasztás, 4, 19-26.
17. Vestewig, R.E., Moss, M.K. (1976): The relationship of extraversion and neuroticism to two measures of assertive behavior
The Journal of Psychology, 93, 141-146.
18. Wildman, B.J., Clementz, B. (1986): Assertive, empathic assertive and conversational behavioural behaviour: perception of likeability, effectiveness, and sex role
Behaviour Modification, 10, 315-332.

Defining levels of empathy and assertiveness among nursing students

Erdősi, E., Tulkán, I., Papp, L., Nagy, E., Helembai, K.

Aim of the study: To determine, among nursing students, the extent and characteristics of empathy and social intelligence, in relation to their assertiveness.

Methodology and sample: Empathy questionnaire; Social Intelligence Test I.; Rathus test. The authors conducted their survey among full-time (N=84 persons) and correspondence (N=266 persons) nursing students at the Faculty of Health Sciences and Social Studies at the University of Szeged. A total of 350 persons took part in the survey.

Results: The surveyed sample displayed an above-average level of empathy; however, in cases where the individual's empathetic abilities were put to the test, a reduction in the individual's empathetic capacity, and the level of empathy displayed, can be observed. Recognising the behavioural implications represented a greater-than-average difficulty for 71.6% of the sample. An examination of the correlations between the factors suggests that one of the fundamental causes of non-assertive behaviour is the fact that a high proportion of the nursing students are not capable of reconciling an "other-centred" attitude, founded on empathy, with the assertion of their own interests.

Conclusions: From the standpoint of community efficiency, empathy proved to be a central factor, which is why special attention need to be paid to defining and developing it in the course of nursing training.

Új szakmai kollégiumok

Az egészségügyi miniszter javaslattevő, véleményező és tanácsadó szakmai testületeként az ágazatban az egyes szakterületeknek megfelelően szakmai kollégiumok működnek.

Örömmel tájékoztatjuk olvasóinkat arról, hogy a szakmai kollégiumokról szóló 52/2008. (XII. 31.) EüM rendeletben foglaltak szerint 2009. április 1-jétől kezdődően bővül a szakdolgozói szakmai kollégiumok köre. A már hosszabb ideje tevékenykedő **Ápolási Szakmai Kollégium** és **Védőnői Szakmai Kollégium** mellett a továbbiakban **Gyógytorna-fizioterápiás Szakmai Kollégium** és **Dietetikai - humán táplálkozási Szakmai Kollégium** is fog működni.

Lapzártakor még tart a szakmai kollégiumok megalakulásának folyamata, de következő számban közölni fogjuk a kötelezően létrehozandó szakcsoportok jegyzékét, valamint a szakdolgozói szakmai kollégiumok tagnévsorát.